ITEM 228 : ULCÈRE DE JAMBE

Ulcère de jambe = perte de substance cutanée dermique évoluant depuis une durée ≥ **1 mois**
- Généralement **d'origine vasculaire** : complication d'une maladie vasculaire sous-jacente conditionnant le pronostic et le traitement
- Fréquent (↗ avec l'âge), invalidant, responsable de nombreuses hospitalisations
- Prévalence augmente avec l'âge : 1% de 60 à 70 ans, 2-5% > 80 ans, prédominance féminine pour l'ulcère veineux (1/1,6)

Diagnostic

Ulcère	- Nombre d'ulcères, taille, siège (péri-malléolaire interne/externe…), uni- ou bilatéral - **Fond** : propre ou surinfecté, purulent, bourgeonnant, en voie de cicatrisation ou recouvert d'un enduit jaunâtre adhérent (fibrine), voire d'une zone nécrotique noirâtre - **Bords** : souples au même niveau que l'ulcère (de bon pronostic) / durs et saillants (retard de cicatrisation)		
Peau péri-ulcéreuse	= Rarement normale : reflet des complications cutanées de la maladie vasculaire		
	Artério-pathie	- Peau luisante, dépilée, froide - Allongement du temps de recoloration pulpaire	- Pâleur à la surélévation du pied - Erythrocyanose de déclivité
	Insuffisance veineuse	Lésions dermo-épidermiques	- **Plaques érythémato-squameuses** (= eczéma variqueux), prurigineuses, débutant en région malléolaire interne +/- extension au reste de la jambe
		Lésions de capillarite	- **Dermite ocre** : larges macules malléolaires internes ou des faces antérieures des tibias, rouge violacé puis rapidement brun (dépôts d'hémosidérine) - **Atrophie blanche** : plaque de petite taille, irrégulière, atrophique, de couleur ivoire, parfois parcourues de fines télangiectasies, souvent douloureuse → risque ulcéreux important - **Capillarite hypertrophique** : aspect de chevelus capillaires malléolaires ou du dos du pied
		Lésions d'hypodermite	- **Hypodermite aiguë** ou **subaiguë** : grosse jambe rouge et douloureuse, d'apparition progressive, non fébrile - **Lipodermatosclérose** (hypodermite scléreuse) = suite à des épisodes d'hypodermites aiguës ou d'emblée, insidieuse : mollet dur, peau scléreuse, souvent pigmentée, impossible à pincer (= guêtre rétractile)
Examen vasculaire	- Atcds de varices, thromboses veineuses profondes ou superficielles, EP, trauma/chirurgie du MI, FdRCV - Atcds obstétricaux, autres atcds médico-chirurgicaux - Signes d'insuffisance veineuse essentielle ou post-thrombotique : sensation de lourdeur de jambe, phlébalgie, œdème vespéral, plus rarement crampe au repos - Signes d'artériopathie : claudication intermittente, douleurs de décubitus - Examen artériel : palpation des pouls, auscultation des artères des membres et du cou, IPS - Examen veineux : recherche de varices en position orthostatique, de télangiectasies, de veines réticulaires, d'une couronne phlébectasique de la cheville et du pied - Recherche de cicatrices d'anciens ulcères - Recherche de signes de dénutrition - **Echo-Doppler veineuse et/ou artérielle** systématique avec mesure de l'IPS **= pression tibiale antérieure ou postérieure / pression humérale (N = 1 à 1,3)** : examen paraclinique central		
Evaluation du handicap	= Diminue les chances de succès thérapeutique et de récupération fonctionnelle en cas d'handicap : **ankylose de cheville** (2ndr à un ulcère), coxarthrose, gonarthrose, déformation orthopédique des pieds…		

Cause vasculaire

Orientation diagnostique			
Cause	**Ulcère veineux**	**Ulcère artériel**	**Angiodermite nécrotique**
Généralités	Le plus fréquent = **80%** Souvent **post-thrombotique** (50%)	Présence d'une **artériopathie**	**Infarctus cutané** par atteinte artériolaire
Terrain	Insuffisance veineuse, atcds TVP/TVS Femme > 50 ans (SR 1,5), surpoids	FdR CV, sujet poly-artériel Homme > 50 ans	HTA, diabète
Historique	**Souvent ancien** et récidivant	Habituellement récent	Récent Traumatisme minime initial
Signes associés	**Peu algique** Œdème, lourdeur de jambe	**Algique** AOMI symptomatique	**Très algique**
Siège	**Unique**, **péri-malléolaire** jusqu'au **1/3 inférieur du mollet**	Variable, souvent **multiples** **Suspendu** ou **distal** (orteils) Pied+	**Suspendu**, à la **face antéro-externe de la jambe à la partie inférieure**

	Douleur	Moyennement douloureux	Intense Intensité ↗ en décubitus	Constante, majeure, insomniante
	Aspect	Peu creusant, superficiel, rouge foncé, très exsudatif	Creusant, fond atone, pâle, sec, pouvant mettre à nu les structures sous-jacentes	Nécrotique, superficiel, noirâtre, d'extension rapide
	Contours	Bords irréguliers	Bords abrupts (« à l'emporte-pièce »), nets et réguliers	Irréguliers, pourtour cyanique et livédoïde
	Taille	Souvent étendu, circonférentiel	Variable De petite taille le plus souvent	Variable
	Téguments péri-ulcéreux	Eczéma, atrophie blanche, dermite ocre, hypodermite, œdème (plus marqué si syndrome post-phlébitique), Lipodermatosclérose	Peau fine, atrophique, lisse, fragile, dépilée Pied froid, ongles cassants Erythrocyanose de déclivité Allongement du temps de recoloration Déshabitation des pulpes digitales / coques talonnières	
	Examen vasculaire	Anomalies veineuses à l'échodoppler IPS normal (ou < 0,9 si ulcère mixte), pouls présents	Pouls absents, ↘ IPS, anomalie à l'échodoppler artériel, ↘ PO_2 transcutanée → **angiographie**	Pouls présents, IPS normal ou élevé, axe artériel et veineux normaux
	Evolution	Cicatrise sous 3-6 mois si varices, plus long si post-TVP Chronicité, récidive	Bon pronostic si TTT précoce Complication sinon	**Cicatrisation constante** **Récidives fréquentes**
	Ulcère veineux	= Hyperpression cutanée par stase veineuse secondaire à : - Reflux dans les veines superficielles, perforantes (**incompétence valvulaire superficielle et varices dans la maladie veineuse essentielle)** - Reflux dans les veines profondes et/ou obstruction des veines profondes : **post-thrombotique** - **Déficience de la pompe musculaire du mollet** → Souffrance microcirculatoire et tissulaire (hypoxie locale) → Troubles trophiques → Un traumatisme minime peut alors être à l'origine de l'ulcère **Physiopathologie de la microangiopathie veineuse** mal élucidée : - Capillaires cutanés dilatés et raréfiés, détruits suite à une adhérence et activation des leucocytes dans la microcirculation → Production de radicaux libres et d'enzymes toxiques - Manchons péricapillaires de fibrine : piégeage des facteurs de croissance réduisant les capacités de cicatrisation de la peau, altération de la barrière endothéliale - Dilatation capillaire + fuite capillaire + œdème → Microangiopathie lymphatique par surcharge **Echo-Doppler Veineuse** (réalisée debout) : confirme le diagnostic d'ulcère veineux + précise le mécanisme (reflux/obstruction) + localise + oriente le traitement : - Syndrome de reflux superficiel : niveaux de fuite et topographie des perforantes - Syndrome de reflux profond : quasi synonyme de syndrome post-thrombotique - Syndrome obstructif profond : processus thrombotique ancien mal reperméabilisé, ou thrombose récente		
	Ulcère artériel	= Ischémie critique par défaut de perfusion artérielle → **hypoxie tissulaire ischémique** **Echo-Doppler artérielle** (aorte et artères des membres inférieurs) **:** - Confirme l'AOMI montre le niveau, le type des lésions, le retentissement d'aval - Mesure de **l'IPS** (AOMI si IPS<0,9) - Recherche un anévrysme de l'aorte abdominale, source d'emboles vasculaires **Imagerie artérielle en cas de revascularisation : AngioTDM, AngioIRM, voire angiographie** - Indispensable à la décision opératoire (AngioIRM +++ si localisation aux artères jambières) - Précise le siège, sa longueur et dépiste les plaques athéromateuses susceptibles d'emboliser **Pressions distales et PO_2 transcutanée :** - Reflet de l'oxygénation de la peau - Mesure prise en compte dans la décision et le niveau d'une éventuelle amputation - La pression de cheville est souvent faussement normale ou élevée (diabète, IRC, grand âge) : intérêt de la pression d'orteil → Si ischémie critique (PAS < 50 mmHg à la cheville ou < 30 mmHg au gros orteil, TcPO2 <30 mmHg) hospitalisation en milieu spécialisé		

	Ulcère mixte à prédominance veineuse	= De mécanisme essentiellement veineux, associé à une composante artérielle (AOMI) n'expliquant pas à elle seul l'ulcère (IPS entre 0,7 et 0,9) : fréquent, revascularisation nécessaire - Ulcère d'allure veineuse, ne cicatrisant pas sous traitement en raison de l'ischémie de repos **- IPS systématique devant un ulcère veineux : IPS = 0,9-1,3 : ulcère veineux pur** **IPS = 0,7-0,9 : ulcère mixe à prédominance veineuse** **IPS > 1,3 : artères calcifiées incompressibles (diabète)** - Echo-Doppler veineux complété par artériel si : pouls abolis, signes d'AOMI et/ou IPS < 0,9 ou > 1,3
	Angiodermite nécrotique	= Ancien **ulcère de Martorell** - Entité anatomoclinique : infarctus cutané secondaire à une **occlusion artériolaire** (artériolosclérose des vaisseaux du derme) - Généralement chez la **femme** > 60 ans, sur un terrain d'**HTA et diabète** - Début brutal avec plaque purpurique ou livédoïde extensive, évolution rapide vers une nécrose noirâtre puis une ou plusieurs ulcération(s) superficielle(s), bords irréguliers (en « carte de géographie »), suspendue face antéro-externe de la jambe - Douleurs très importantes, insomniantes ➙ Eliminer une nécrose cutanée par vascularite : **bilan immunologique** (FAN, ANCA, cryoglobuline…) **négatif**. Intégrité des grands axes vasculaires veineux et artériels.
Cause non vasculaire	- Plus rares, diagnostic sur prélèvements spécifiques (bactériologiques, mycologiques, biopsiques) ➙ A évoquer si : - Examen artériel et veineux normaux ou subnormaux - Absence de cicatrisation > **2-3 mois** de TTT - Evolution ulcérante rapide - Siège atypique - Anomalie du **fond** (bourgeonnement hypertrophique…), du **bord** ou de la **périphérie**	
	Infection	- Infections chroniques profondes pouvant se manifester par une ulcération chronique : **mycobactériose dont tuberculose, mycose profonde, parasitose tropicale (leishmaniose…)** - **Ecthyma (Strepto type SBGA) :** petite ulcération à périphérie érythémateuse succédant à une croûte noirâtre
	Hémopathie	- Ulcération souvent superficielle et nécrotique : **syndrome myéloprolifératif (Vaquez, thrombocytémie), dysglobulinémie** - Ulcère chez le sujet jeune : **anémie hémolytique congénitale** (drépanocytose, thalassémie)
	Carcinome	- Tumeur ulcérée (mélanome, CBC, carcinome épidermoïde) - Ou cancérisation (carcinome épidermoïde) d'un ulcère chronique (ulcère de Marjolin) ➙ **Biopsie cutanée** de tout ulcère non guéri après plusieurs mois de traitement
	Pyoderma gangrenosum	= Cause inflammatoire - Lésion élémentaire : pustule ➙ rapidement ulcération douloureuse superficielle avec clapiers purulents au centre, avec un bourrelet périphérique inflammatoire, à extension centrifuge rapide - Associé dans 2/3 des cas à une pathologie : **cancer**, **hémopathie** (syndrome myéloprolifératif, myélodysplasie) ou **maladie inflammatoire chronique de l'intestin** (1/3 à 2/3 des cas)
	Neurotrophique	- Complication d'une neuropathie évoluée des membres inférieurs, avec altération de la sensibilité - Ulcère **indolore** de la plante du pied (**zone d'appui** : talon, tête des métatarsien), sur **hyperkératose**
	Iatrogène	- Prise médicamenteuse au long cours : **hydroxy-urée, IFN γ** - **Ulcères fibreux rebelles,** cicatrisent lentement à l'arrêt (quelques semaines)
	Vascularites cutanées	- **Purpura nécrotique** avec ulcération secondaire - Vascularites **cutanées** (leucocytoclasiques), systémiques (**PAN, PR, GPA, lupus, cryoglobulinémie**), **SAPL**, **emboles des cristaux de cholestérol**
	Pathomimie	- Diagnostic d'élimination : à évoquer si ulcères rebelles, d'aspect inhabituel, chez un sujet jeune
DD	- **Mal perforant plantaire** = ulcère neurotrophique - Complique une neuropathie des membres inférieurs évoluée - Plus fréquent chez l'homme, aux zones d'appui de la plante du pied : talon, tête des métatarsiens - Indolore, débute par une hyperkératose qui s'ulcère - Causes : diabète, neuropathie sensitive familiale (acropathies ulcéromutilantes, maladie de Thévenard) ou acquise (intoxication éthylique, lèpre), anomalies médullaires (trauma, spina bifida) - **Ulcération tumorale** : carcinome épidermoïde, carcinome basocellulaire, lymphome, plus rarement mélanome ulcéré - **Calciphylaxie** = **artériolopathie calcifiante** : nécrose cutanée localisée aux cuisses ou à l'abdomen chez l'IRC	
Evolution	- **Ulcère variqueux** : généralement favorable avec cicatrisation en **3-6 mois**, risque de récidive et passage à la chronicité - **Ulcère post-thrombotique** : de moins bon pronostic (trouble péri-ulcéreux important, perturbations hémodynamiques, traitement étiologique plus difficile) - **Ulcère artériel** : cicatrisation seulement si **revascularisation** possible (pontage, dilatation…) ➙ **Ulcère évolué** ou **après phénomène ischémique aigu sans possibilité de revascularisation** : décision d'**amputation** parfois nécessaire (importance de la douleur, risque septique (gangrène gazeuse) et de décompensation viscérale (rhabdomyolyse, hyperkaliémie…))	

Complications	**Dermatite de contact**	= Fréquente, principalement avec **baume du Pérou, antiseptique, fragrance, lanoline, parfums, conservateurs** et certains **pansements modernes** - **Erythème micro-vésiculeux prurigineux** : limité au début à la zone d'application du produit topique, possible diffusion à distance - Diagnostic : **tests épicutanés,** mais DD difficile avec dermatite de stase car souvent intriqués	
	Surinfection microbienne	- **Colonisation =** constante, non pathologique : aucun prélèvement ni antibiotique systématiques - Infection cutanée = **dermohypodermite bactérienne**, rarement **fasciite nécrosante** ou **gangrène gazeuse** (surtout dans les ulcères artériels) : ↗ douleur, inflammation des bords, lymphangite, fièvre - Prévention du tétanos : **SAT/VAT** systématique	
	Lésion ostéo-articulaire	- Modifications ostéoarticulaires fréquentes : **périostite**, puis **ostéo-périostite**, aboutissant à l'**ankylose de cheville** - Position antalgique à l'origine **d'attitudes vicieuses** (parfois très difficile à corriger)	
	Hémorragie	**= Ulcère veineux** (par **saignement d'une varice**) : spectaculaire mais généralement contrôlé par la simple **compression prolongée** et une **surélévation transitoire** du membre	
	Carcinome épidermoïde	= Rare et tardif mais non exceptionnel → **biopsie cutanée** assez profonde (parfois répétée) si : - **Chronicité** de l'ulcère - **Hémorragie locale** - Apparition de **douleurs** - **Bourgeonnement excessif** de la plaie initiale	
TTT	TTT symptomatique	- **Antalgique local et systémique** adapté, notamment avant les soins - **Kinésithérapie** : lutte contre l'ankylose de cheville, les positions vicieuses, rééducation à la marche…	
	Mesures associées	- **SAT/VAT** : 2/3 des cas de tétanos ont pour porte d'entrée un ulcère de jambe - Mesures hygiéno-diététiques : sevrage tabagique, prise en charge des FdRCV, activité physique - Recherche et correction d'une **dénutrition** (surtout en cas de retard à la cicatrisation) - Anticoagulation préventive par **HPBM** si besoin	
	TTT local	- Avant toute manipulation : **analgésie locale** ± **systémique** et nettoyage au savon	
		Détersion	- **Nettoyage à l'eau /au sérum physiologique** (eau stérile inutile), éviter les d'antiseptiques / antibiotiques locaux - **Détersion mécanique** (bistouri, curette, ciseau) sous antalgique, MEOPA, AL voire ALR (attention, jamais en phase aigüe d'une angiodermite nécrotique, et à éviter dans les ulcères artériels surtout si non revascularisé) - Facilitée par **hydrogels** et **alginates** si plaie sèche (laissé en place 48 à 72h en l'absence d'infection et selon le suintement)
		Bourgeonnement Réépithélisation	- **Pansement gras** (tulle gras vaseliné) sans substance sensibilisante - **Hydrocolloïde, hydrocellulaire, interface** (peuvent être laissés plusieurs jours, maintiennent un milieu humide, pH et oxygénation optimaux) - **Alginates de calcium** (hémostatiques), **hydrofibres :** si exsudation importante (risque de dermite péri-ulcéreuse de macération et d'extension)
		Greffe cutanée	= **Greffes en pastilles** ou **en filet** - Effet antalgique (angiodermites nécrotiques), accélère la cicatrisation - Indication : résistance au traitement > **6 mois** ou grande taille **> 10 cm²**
		En cas d'ulcère à caractère inflammatoire	= **Pansement à l'argent** si évocateur d'une forte colonisation bactérienne : - Plaie malodorante - Erythème péri-lésionnel - Exsudat abondant
TTT	TTT étiologique (toujours associé)	Veineux	- **Compression élastique par bande** (puis bas/chaussettes), multicouches, toute la journée, à haut niveau de pression (**30-40 mmHg)** systématique si IPS entre 0,8 et 1,3 (**PAS si IPS<0,6). Surveiller l'observance (adhésion de 50% à la compression)** - Avis spécialisé en cas de maladie post-thrombotique - **Eveinage** dans les insuffisances veineuses superficielles sans obstruction ni reflux veineux profond axial**.** Sclérothérapie parfois utilisée en complément de la chirurgie mais pas d'études prouvant son efficacité dans le traitement des ulcères veineux. - **Greffes** en pastilles ou en filet si ulcères **résistants ≥ 6 mois ou de taille > 10 cm²** - **Physiothérapie :** rééducation, mobilisation de l'articulation tibiotarsienne → Vidange de la pompe veineuse du mollet et de la semelle plantaire - **Veinotoniques :** symptomatique, aucun effet sur la cicatrisation - **Crénothérapie :** traitement d'appoint

TTT	TTT étiologique (toujours associé)	Mixte	- Prise en charge de l'AOMI - **IPS entre 0,7 et 0,9** : **adapter la compression** (pression < 30 mmHg) : multicouche et multitype (avec bandes à étirement court = compression inélastique), sous surveillance médicale, le retrait de la compression doit être possible si intolérance - **IPS < 0,6-0,7** : compression contre-indiquée
		Artériel	- Prise en charge des FdRCV, **antiagrégants plaquettaires** - **Revascularisation** selon le bilan hémodynamique (écho-Doppler, angioTDM-IRM, angiographie artérielle) : seul moyen d'obtenir une cicatrisation en cas d'ischémie chronique. **Désobstruction (voie endovasculaire), pontage, sympathectomie** - **Vasodilatateurs** et analogues de la **prostacycline** (si non-indication ou contre-indication chirurgicale et ischémie grave)
		Angiodermite nécrotique	- **Antalgiques** (niveau 2 voire 3), **soins locaux** sous AL - Prise en charge de l'HTA et du diabète - **Greffe cutanée précoce** : aide à la cicatrisation, action antalgique
	TTT des complications	- Allergie cutanée (eczématisation) : **éviction** de l'allergène, **dermocorticoïdes** - Surinfection : **pansement à l'argent** (max 4 sem) si locale**, antibiothérapie** par voie générale si érysipèle / cellulite / lymphangite - Pas de traitement curatif de la dermite ocre mais la contention peut éviter l'aggravation	
	Prévention	De l'ulcère	- Prévention de la maladie post-thrombotique : traitement correct des thromboses, prévention dans les situations à risque - Traitement des varices à un stade non compliqué
		De la récidive	- **Chirurgie de l'insuffisance veineuse superficielle** si non faite - Port de **contention de classe 3** idéalement, ou de **classe 2** sinon